

Le ICT al servizio dell'integrazione ospedale territorio

Walter Bergamaschi

AO Universitaria Ospedale di Circolo - Fondazione Macchi

Varese

XXXII SEMINARIO DEI LAGHI

FONDAZIONE SMITH KLINE

15 OTTOBRE 2010 – GARDONE RIVIERA



Ospedale
di Circolo

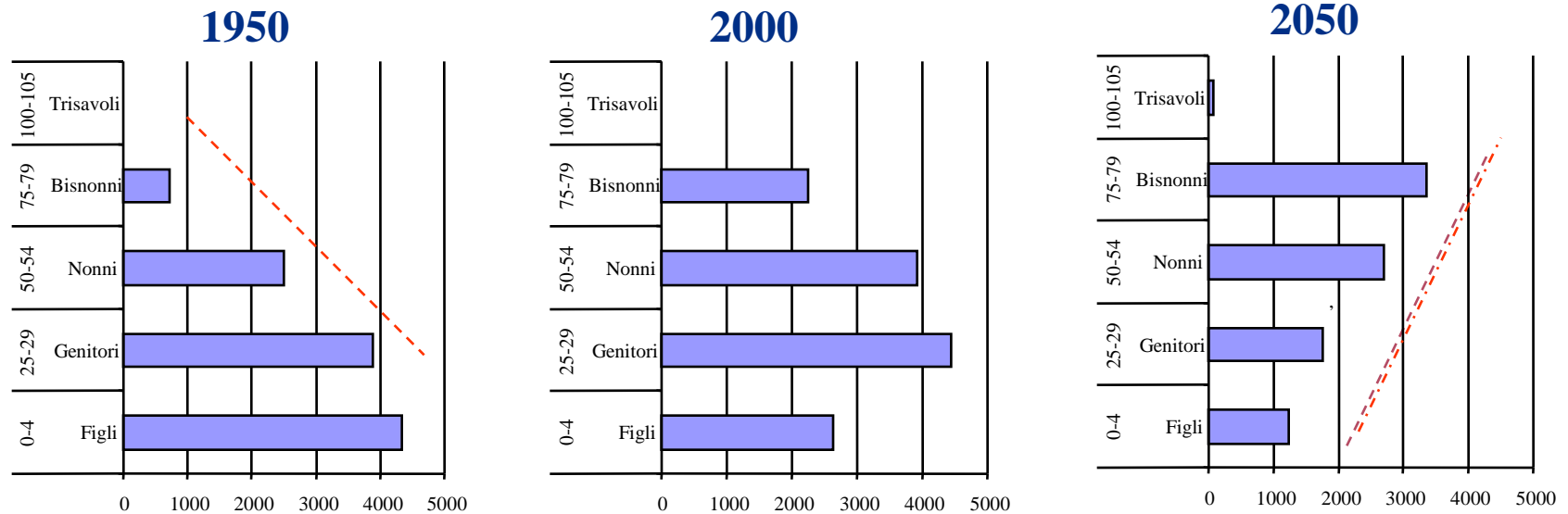
Fondazione
Macchi

- Investimenti in ICT in sanità e investimenti per favorire il passaggio da ospedale a territorio: come perseguire interventi validi anche per le regioni del centro-sud (quali priorità? Esiste un livello minimo comune?)
- Esperienze di innovazione organizzativa: valutazione trasferibilità
- Tracciabilità esperienze
- HTA : logistica decentrata
- Sistemi informativi di governo: livello aziendale, regionale, nazionale
- Telemedicina: osp a domicilio
- Sistemi informatici aziendali per governo clinico

- Possiamo sviluppare ed integrare l'offerta sanitaria territoriale senza interventi profondi in quella ospedaliera?
- L'offerta territoriale 'passa' attraverso quella ospedaliera?
- Quali ruoli e quali trasformazione devono avere i sistemi informativi per dare strumenti di governo del cambiamento?
- Cartella clinica elettronica e FSE servono, sono prioritari?
- Integrazione ospedale-territorio: perché le promesse della telemedicina sono state 'poco' mantenute?

L'evoluzione demografica comporta la necessità di spostare l'attenzione dall'acuto al cronico

Evoluzione di cinque generazioni



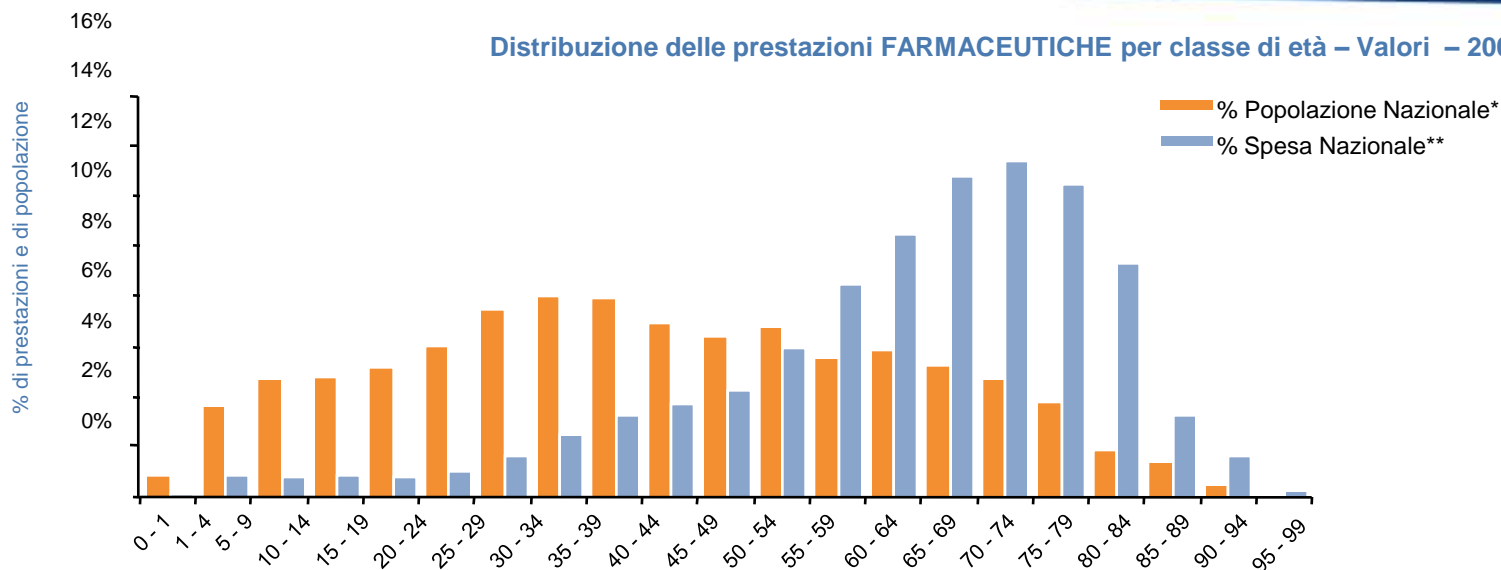
(Valori assoluti in migliaia)

Fonte: A. Golini, *Ageing society: trend demografici e scenari futuri*, Rimini, 11 febbraio 2005, su dati Onu, *World Population Prospects. The 2002 Revision*, New York, 2003

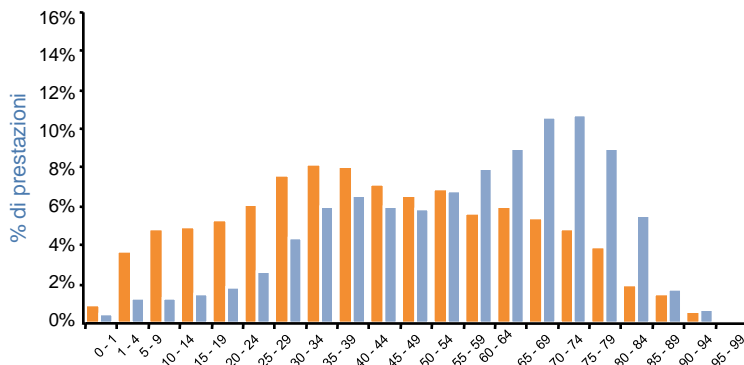
La diversa distribuzione per fasce di età della popolazione e della valorizzazione teorica evidenzia:

- una forte concentrazione dell'assorbimento di risorse in alcune fasce di età;
- una conseguente esigenza di standardizzare i consumi per classi di età al fine di consentire un confronto tra le regioni che tenga conto delle rispettive popolazioni

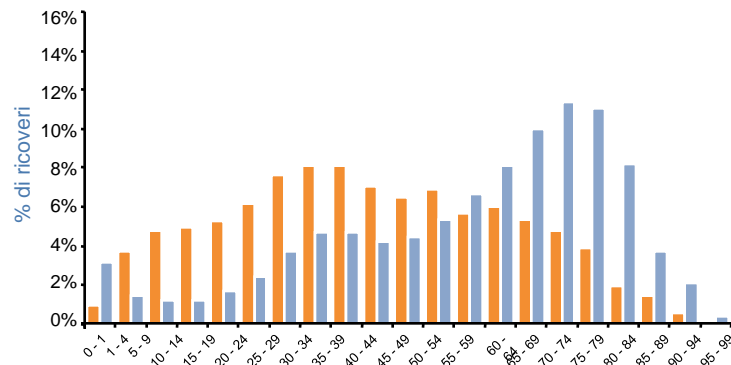
Distribuzione delle prestazioni FARMACEUTICHE per classe di età – Valori – 2004



Distribuzione delle prestazioni AMBULATORIALI per classe di età – Valorizzazione teorica – 2004



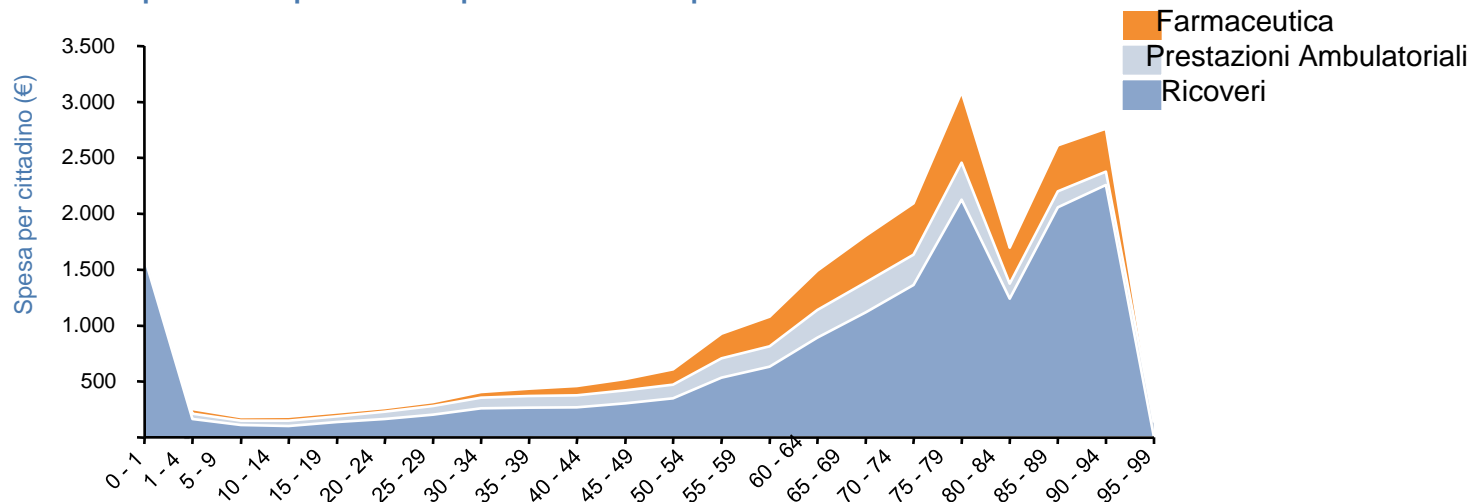
Distribuzione dei RICOVERI per classe di età – Valorizzazione teorica – 2004



Confronto tra i tre livelli di assistenza - Spesa regionale pro-capite

- La spesa media delle regioni per cittadino è di 770 euro.
- La classe di età che assorbe meno risorse è la 5-9 anni
- La classe di età che assorbe più risorse è la 80-84 anni

Spesa media per cittadino per fascia di età e per livello di assistenza - ANNO 2003

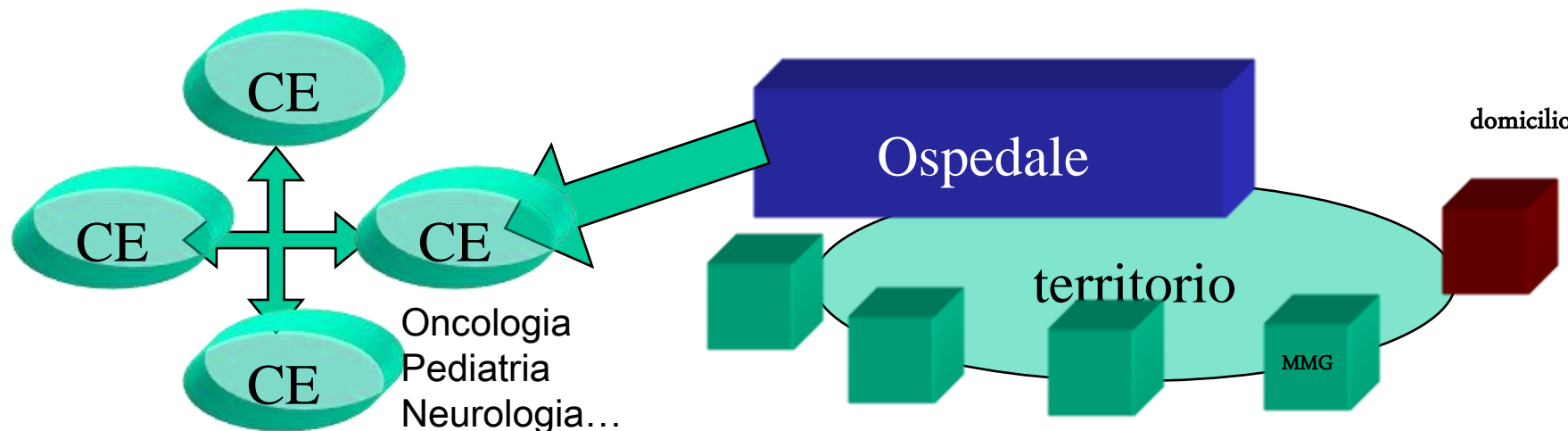


Spesa regionale per cittadino

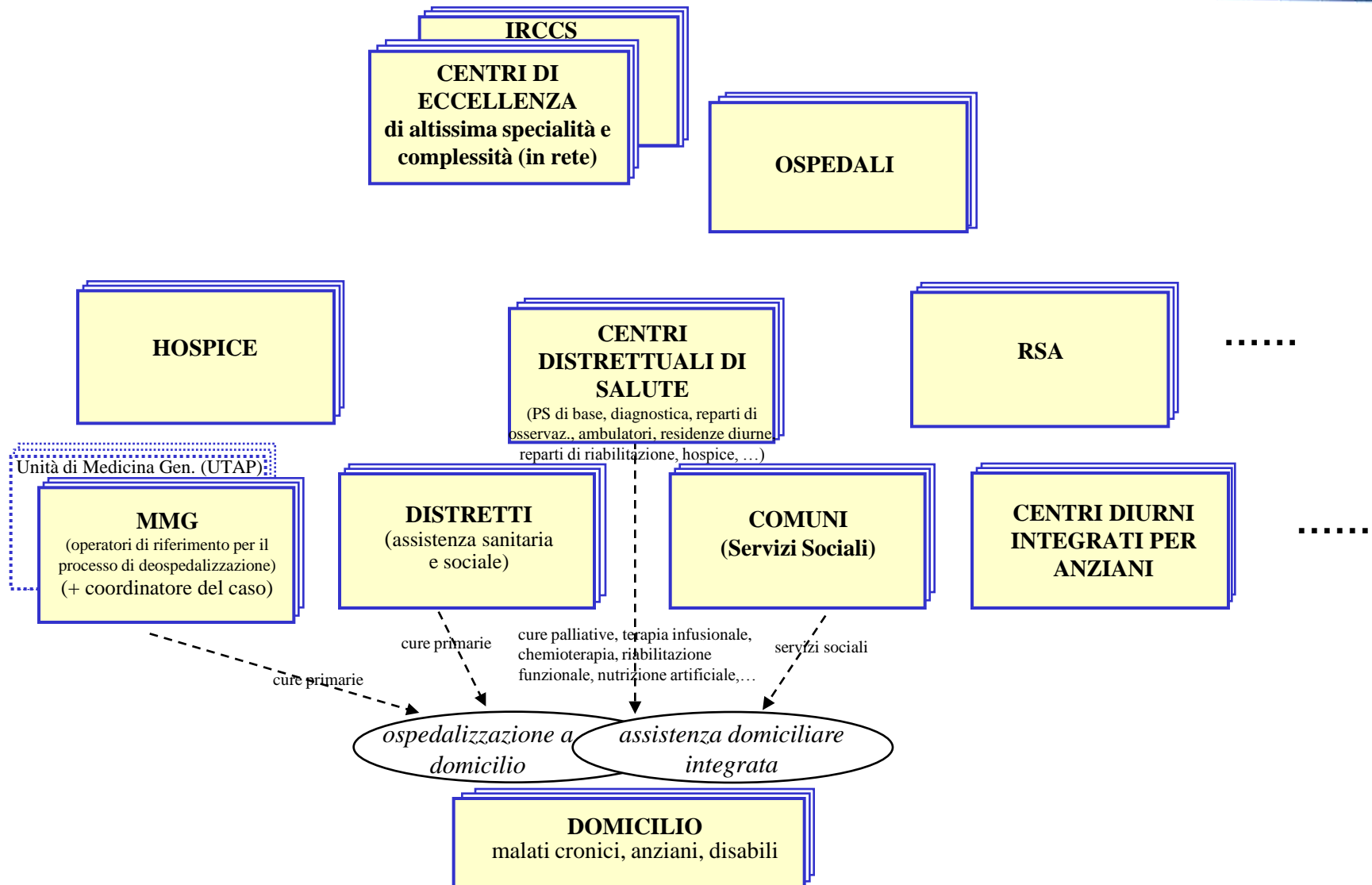


In accordo con gli obiettivi del PSR le tecnologie possono essere strumenti abilitanti per la costituzione di reti di patologia in grado il collegamento dei poli del SSN con il paziente

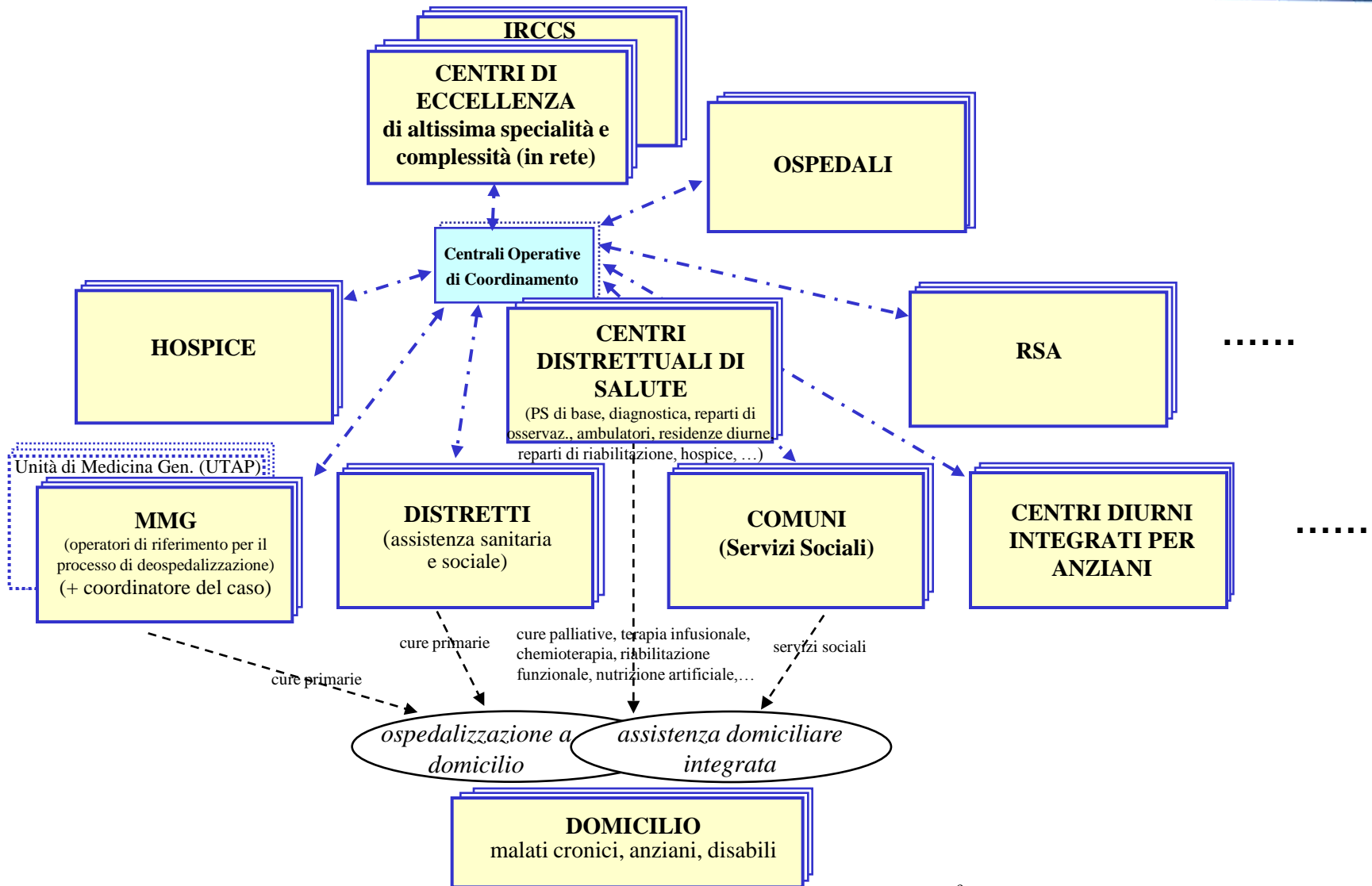
1. Domicilio del paziente
2. Territorio: Gruppi di assistenza primaria
3. Ospedale di riferimento territoriale
4. Centri di riferimento



Contesto - Il modello 'arcipelago'

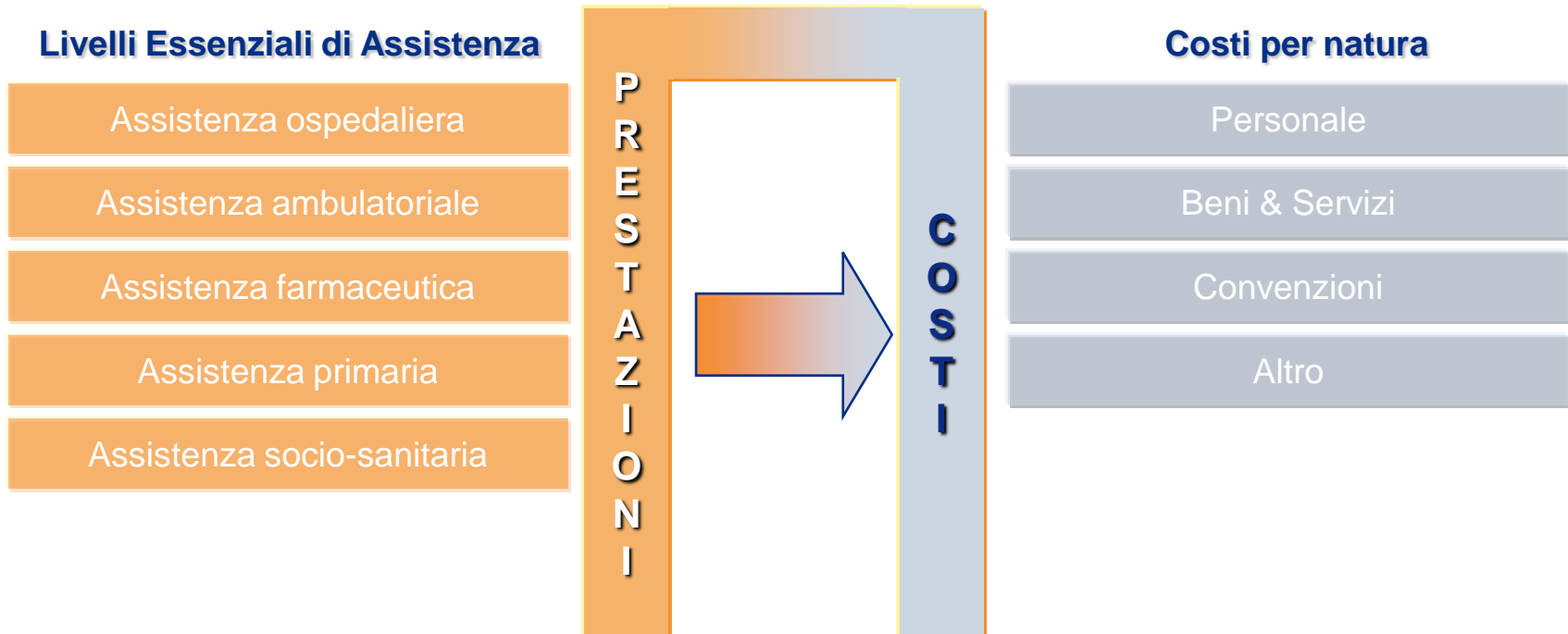


Contesto - da fornitori di prestazioni a care manager

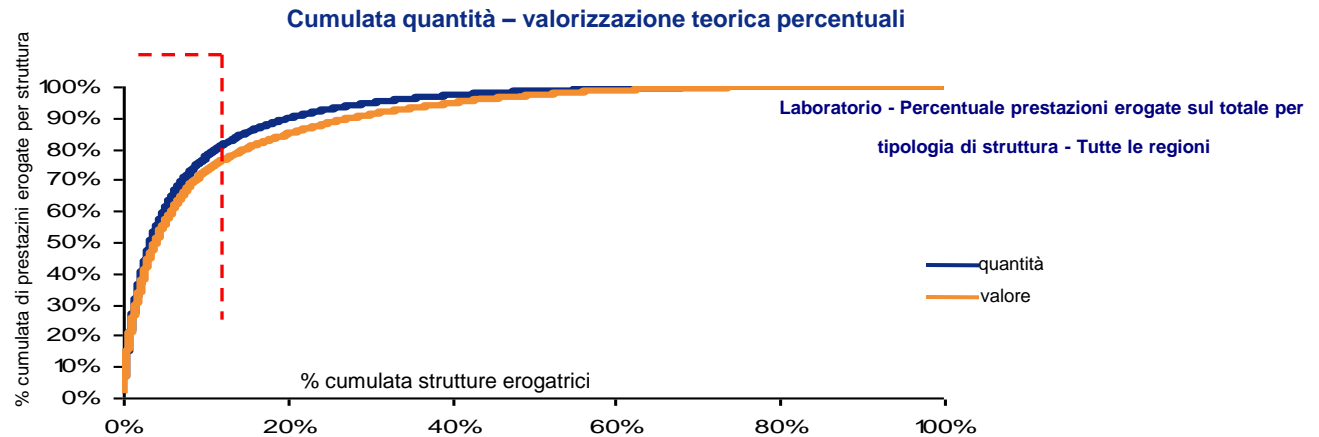


Dal monitoraggio dell'offerta ...

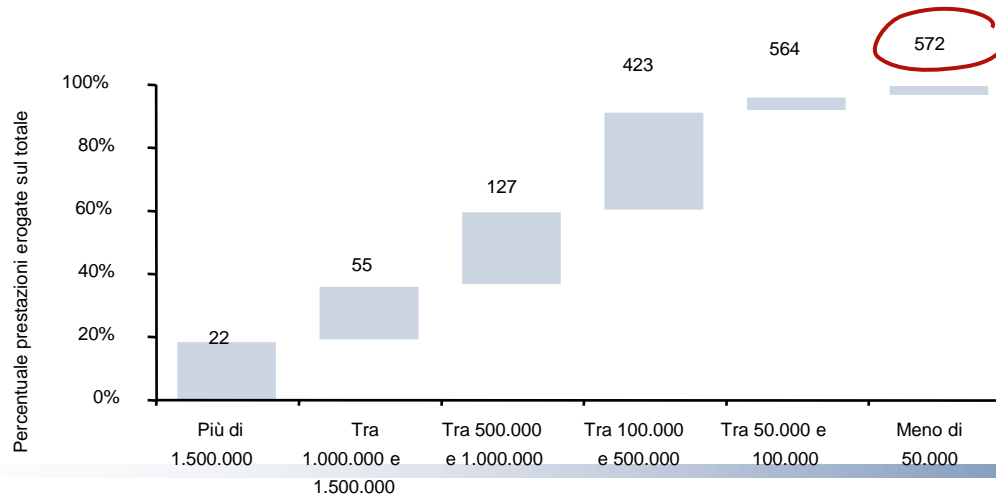
- Per monitorare l'efficienza dell'offerta è essenziale poter incrociare produzione complessiva con il dato di costo ...



Emerge un aumento annuo pari al 2,4%, per le strutture che erogano prestazioni di laboratorio – ovvero tutte le strutture che erogano almeno una prestazione afferente alla branca del laboratorio



Laboratorio - Percentuale prestazioni erogate sul totale per tipologia di struttura - Tutte le regioni



Giornate di degenza/1000 abitanti

Raccoglie in sé la misura dell'appropriatezza e dell'efficienza del sistema sanitario nel suo complesso e non solo dell'offerta ospedaliera e rappresenta una prima misura del bilanciamento fra ospedale e territorio

ABRUZZO 1.362	LAZIO 1.545	MOLISE 1.465	LOMBARDIA 1.095	TOSCANA 969	KAISER PERM 270
-------------------------	-----------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------	---------------------------

L'approccio per la durata della degenza

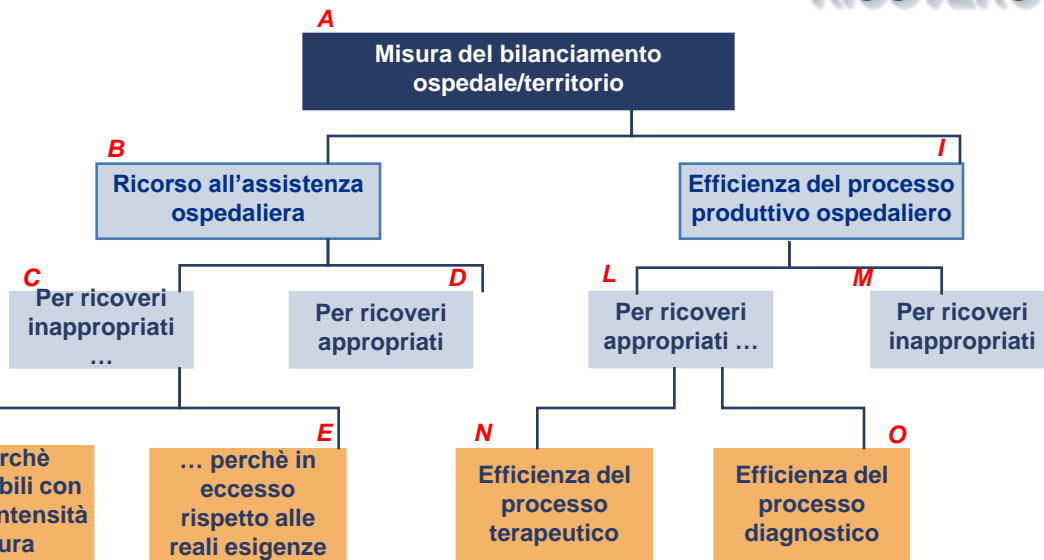
- Un percorso per la riduzione delle giornate di degenza tutelando i Livelli Essenziali di Assistenza ...



Differenziare l'offerta per migliorare l'appropriatezza

TERRITORIO / ALTRI LEA

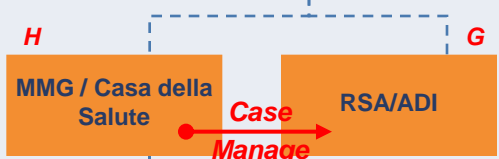
RICOVERO



F ... perchè evitabili con una adeguata ass. territoriale

E ... perchè affrontabili con minore intensità di cura

... perchè in eccesso rispetto alle reali esigenze



- H¹** Assistenza farmaceutica
- H²** Assistenza ambulatoriale
- H³** Assistenza protesica
- H⁴** Altro

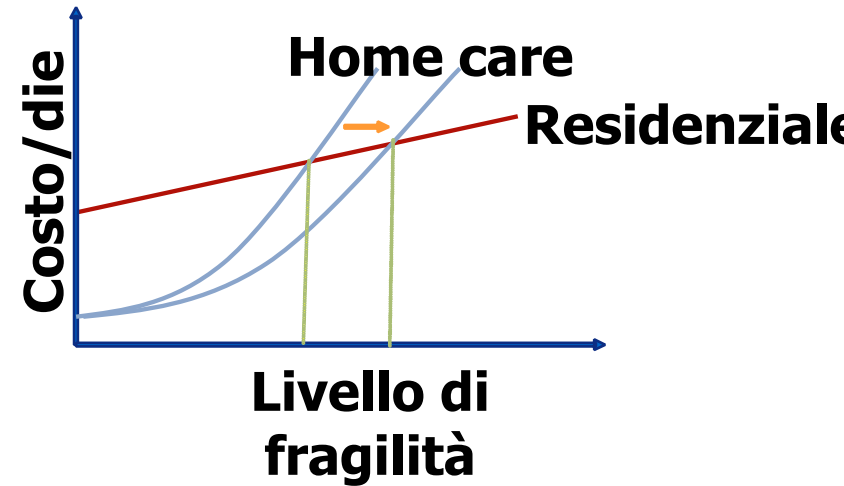
- Occorre monitorare ed intervenire sugli indicatori specifici degli altri livelli assistenziali

- Prescrizione appropriata

- Corretta assistenza ai pazienti cronici

- Coordinamento con assistenza domiciliare e assistenza in strutture residenziali (case manager)

- VA SVILUPPATO IL GOVERNO CLINICO TERRITORIALE

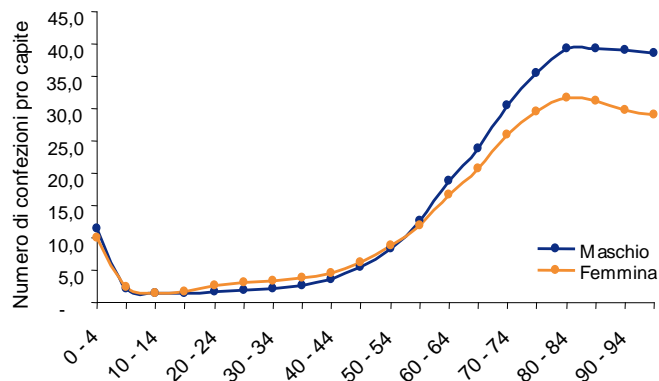


Bernabei et al, Br Med J 1998; 316:1348-51

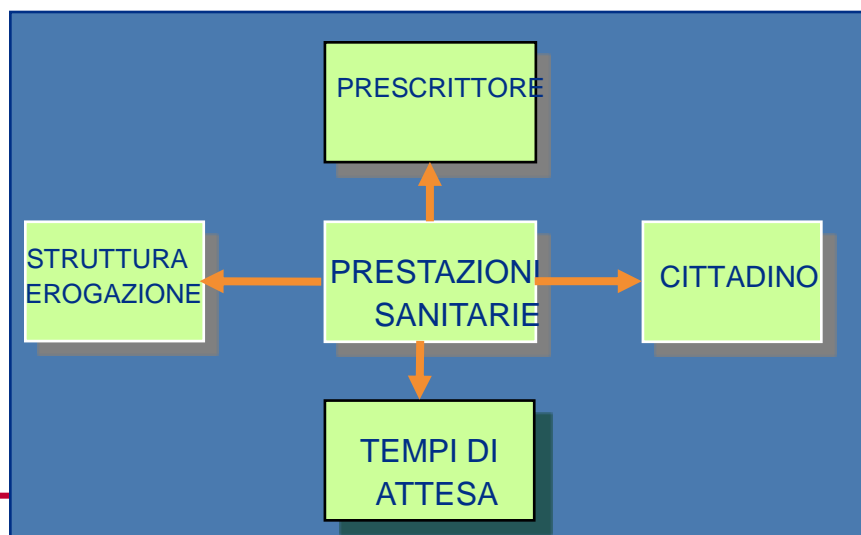
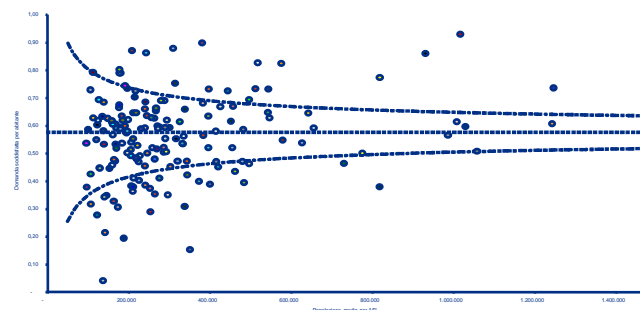
... al monitoraggio dei LEA

... per monitorare i LEA è necessario misurare la “domanda soddisfatta” aumentando le dimensioni di analisi ...

Importante standardizzare per età e genere ...

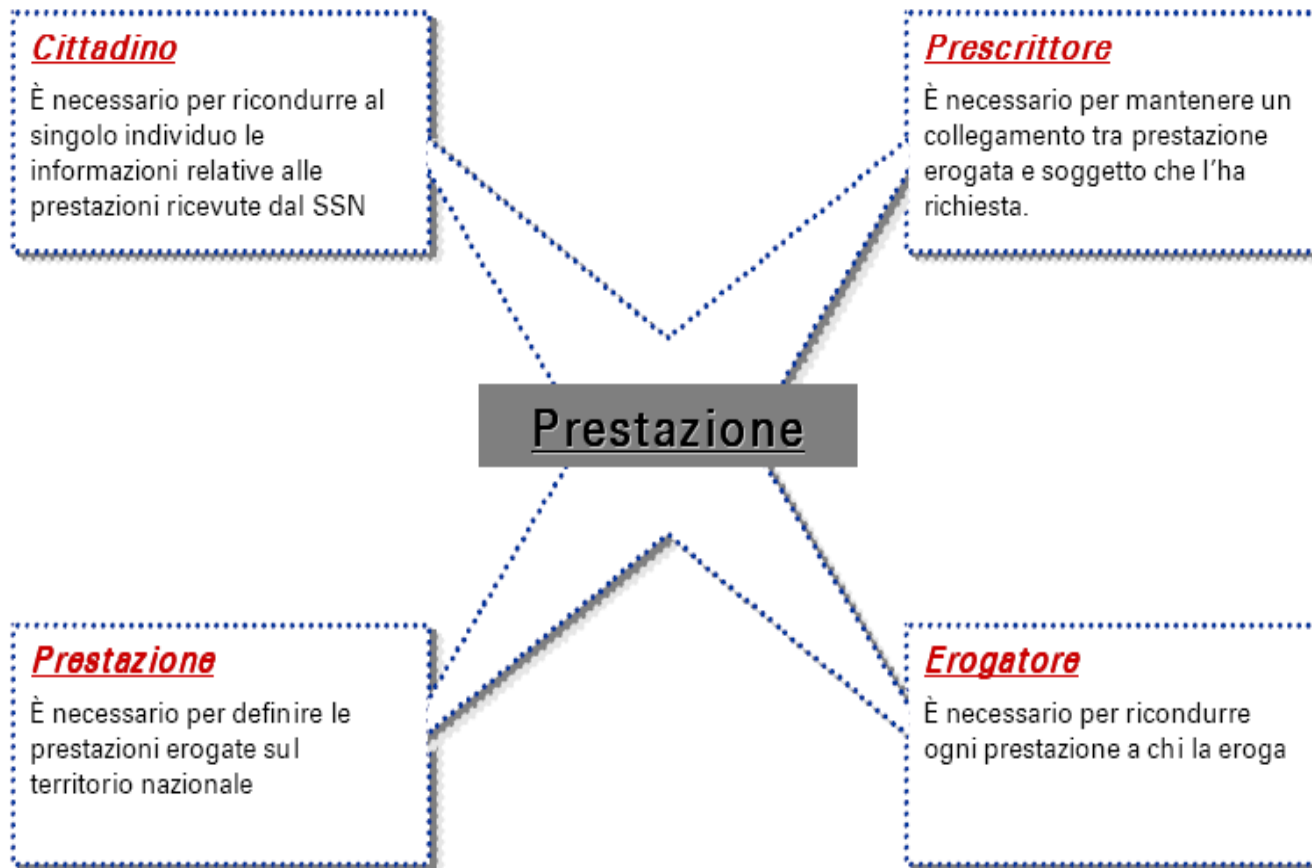


... al fine studiare la variabilità della “domanda soddisfatta” ...



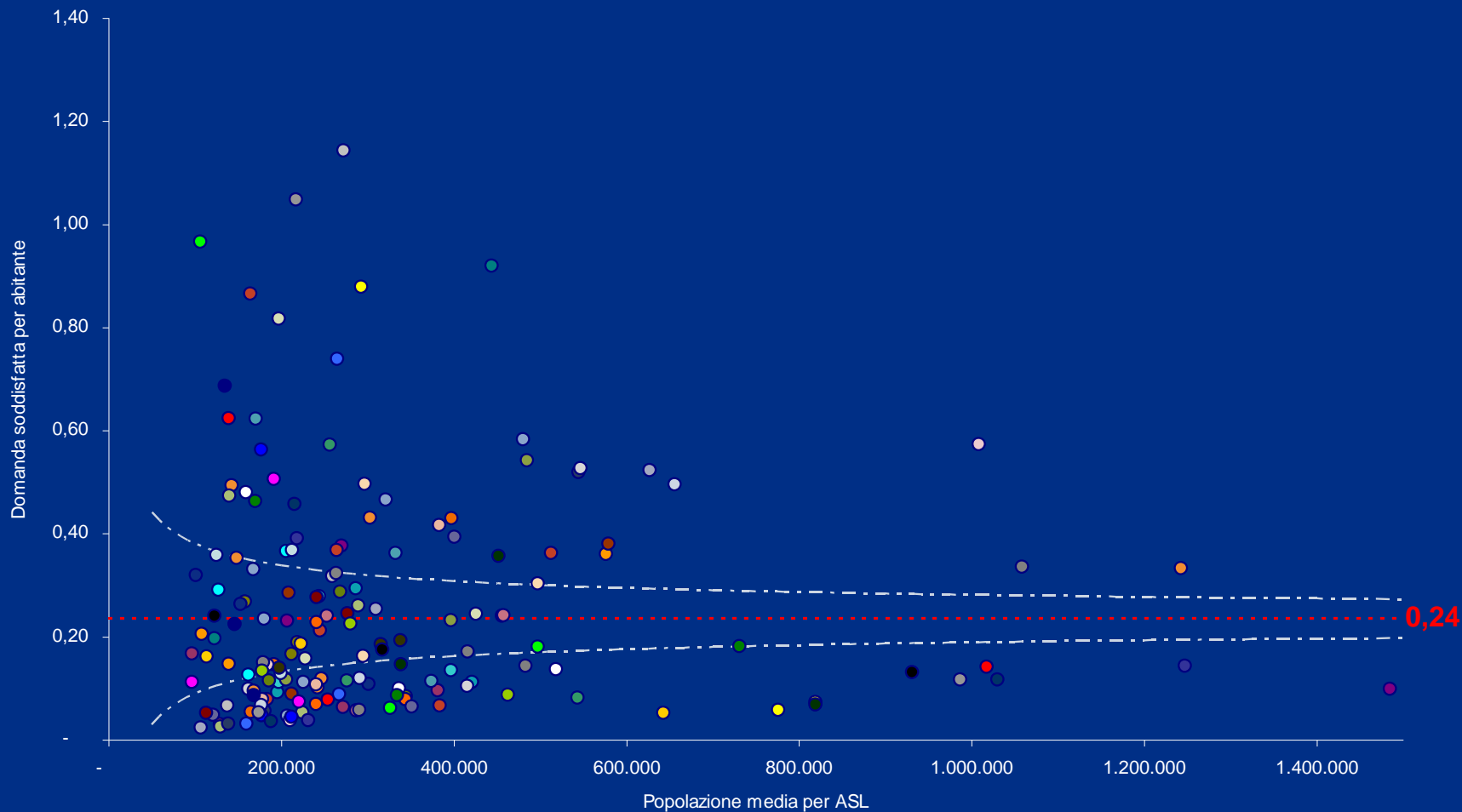
Modello concettuale dei dati dei sistemi di governo

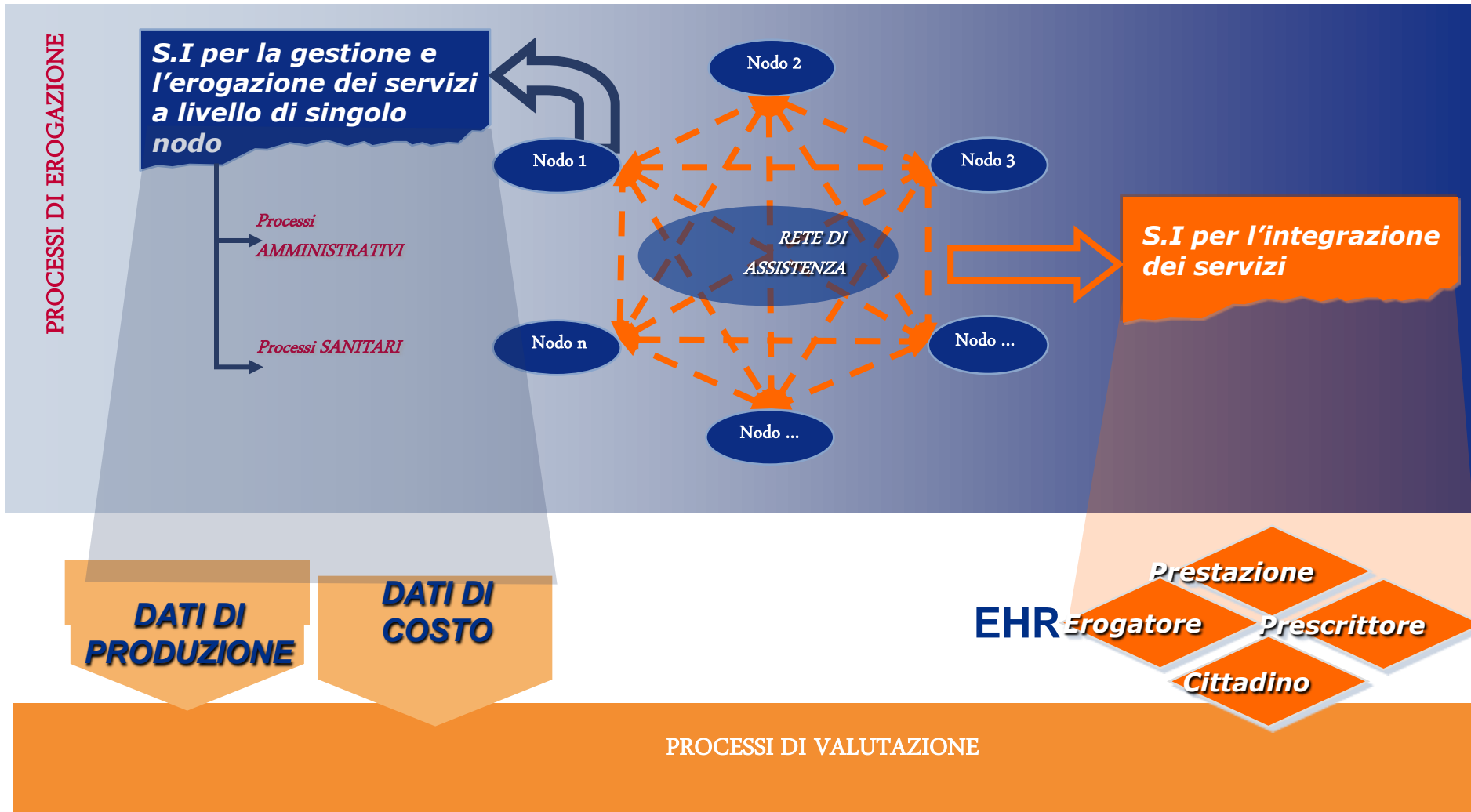
Secondo il modello concettuale dei dati adottato per i flussi individuali i contenuti informativi sono stati organizzati secondo le seguenti dimensioni:

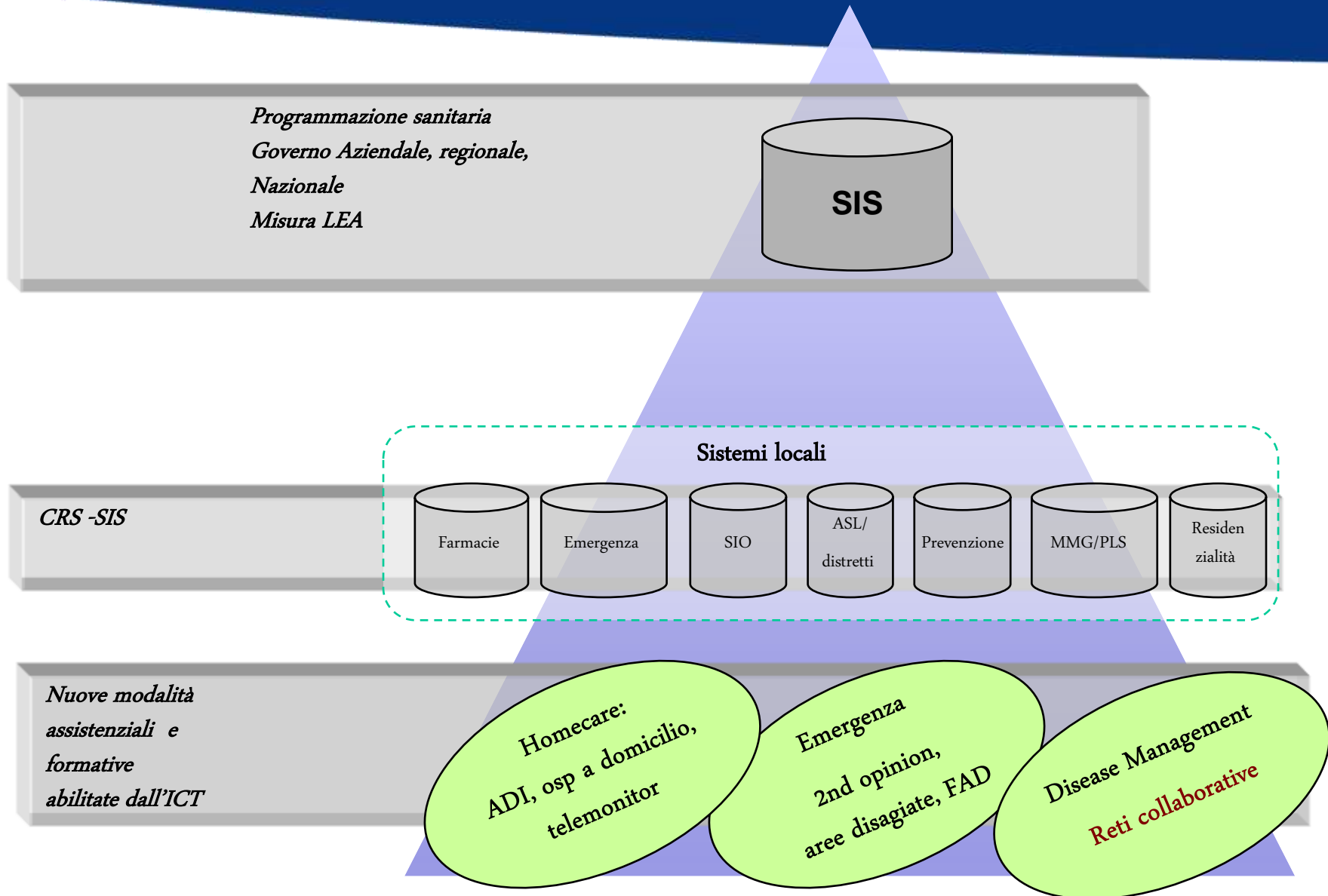


Esempi di diagnosi mediche

049 - Diabete mellito senza menzione di complicanze

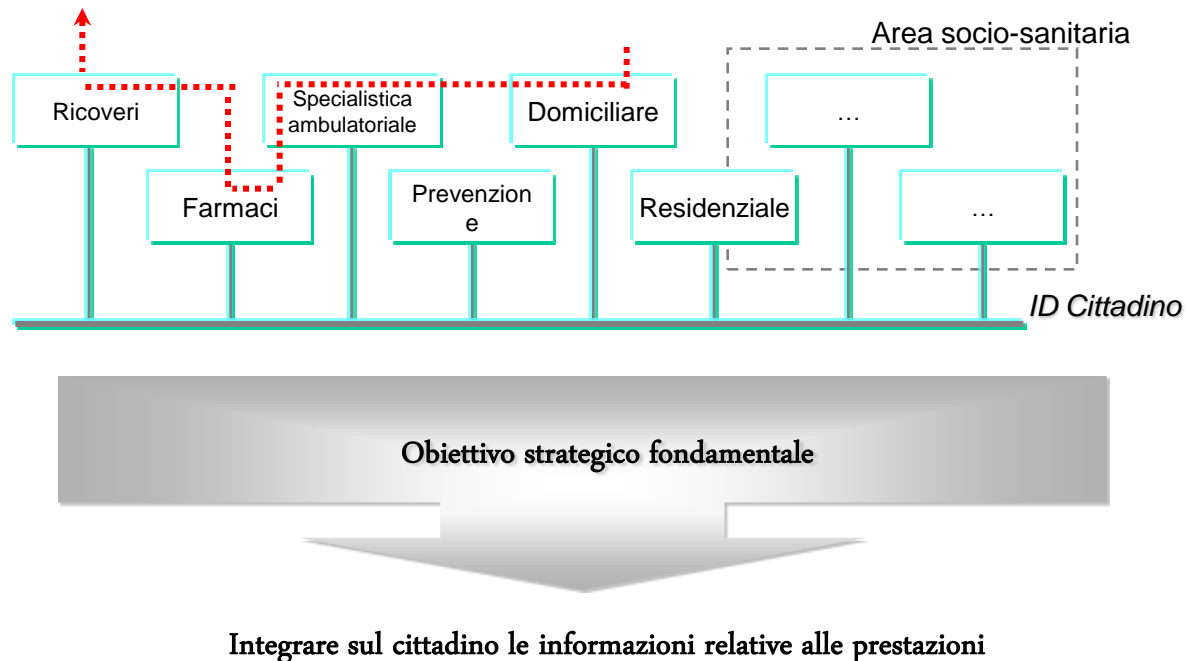






Qualità e costi in sanità nascono dall'**interazione tra medico e paziente**

Qualsiasi sistema che si colloca ad un livello superiore non è in grado di analizzare le cause che condizionano i diversi livelli di performance del SSN.

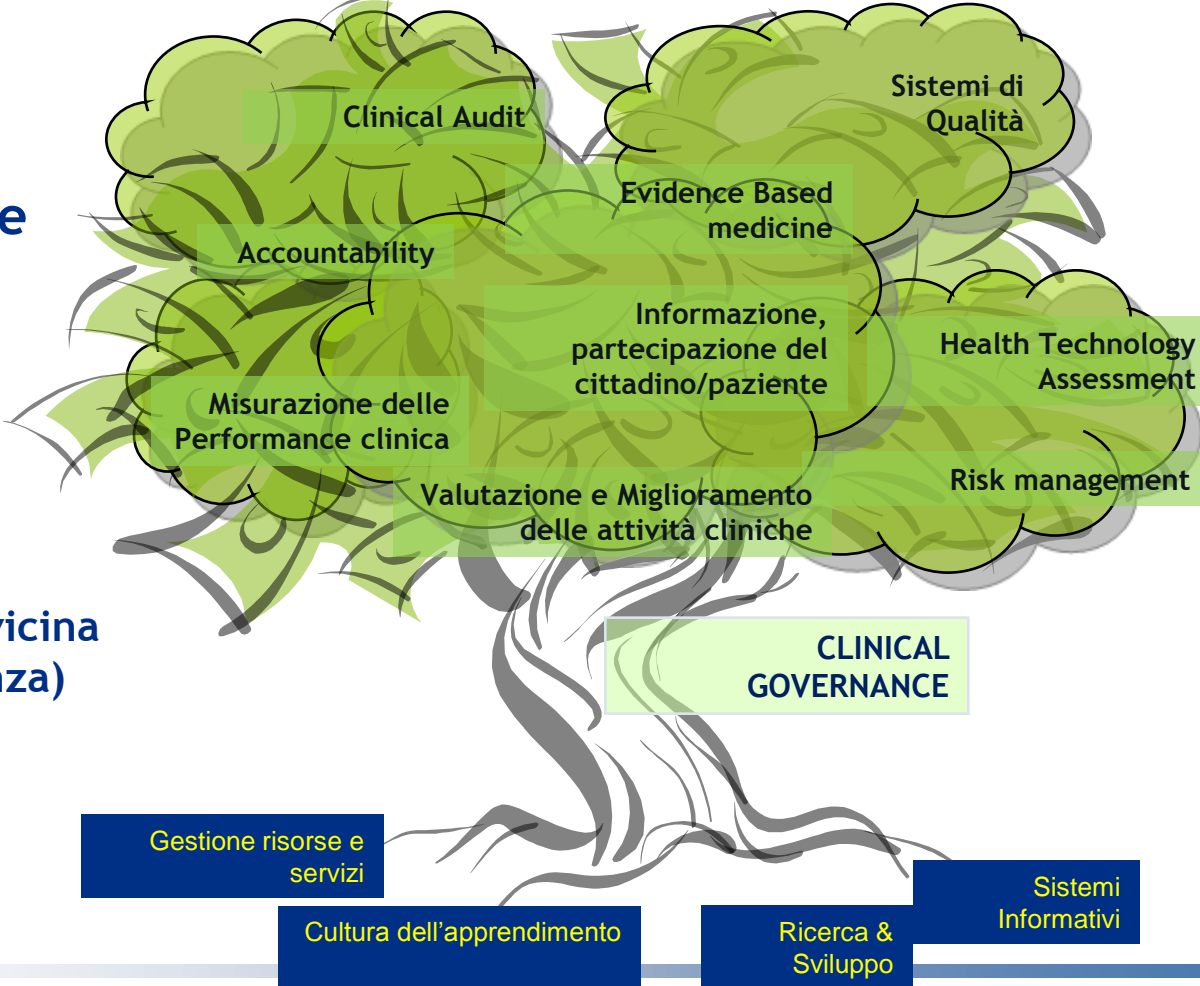


Il concetto di clinical governance: l'albero di Ricciardi

Per Clinical Governance si intende la prospettiva unificante degli aspetti clinici e di quelli economico-gestionali delle prestazioni sanitarie finalizzata ad una gestione attiva degli elementi che determinano la qualità del servizio erogato

Le tensioni del sistema

- Consolidare e uniformare (sistemi qualità)
- Innovare
 - migliorare aspetti clinici
 - modalità assistenziale più vicina al bisogno (riduzione degenza)
 - migliorare efficienza dei processi produttivi



•Progetto di accreditamento regionale Joint Commission

Foglio unico terapia

Tracciabilità paziente

monitoraggio ricoveri ripetuti

monitoraggio eventi sentinella

certificazione qualità di alcune UO

Attività formativa su audit-rischio

Revisione dei processi operata insieme alla componente clinica

- Gestione approvvigionamenti DM
- Integrazione dell'attività ambulatoriale territoriale con quella ospedaliera
- Nuove modalità assistenziali
- Gestione pazienti chirurgici
- Cure intermedie
- Revisione processi quartiere operatorio
- Centralizzazione laboratorio
- Riorganizzazione radiologie

verso informatizzazione cartella clinica

BPR, HTA e gestione dell'innovazione

Priorità di sviluppo

Necessità strategica	Ruolo/priorità ICT
Sistemi di governo	DW e sviluppo sistemi 'basic' per tutti i LEA
BPR radiologie	RIS/PACS aziendali
BPR chirurgie	Gestione blocco operatorio
Centralizzazione lab	Laboratorio logico unico
Nuove modalità assistenziali	Telesorveglianza
Sviluppo Cure intermedie, riabilitazione, ospedalizz, domiciliare	Cartella clinica, FSE
Integrazione ospedale territorio ambulatoriale	
BPR chirurgie	

- Lo spostamento da ospedale a territorio passa attraverso una rimodulazione dell'offerta ospedaliera dentro le ASL e le AO
- La rimodulazione dell'offerta DEVE essere orientata al paziente cronico/fragile
- Pur in un quadro che richiederebbe una riforma (SSN orientato all'acuto) regioni/aziende hanno strumenti per attivare modalità assistenziali innovative e ridurre i giorni di degenza
- L'ICT può offrire strumenti abilitanti, ma subordinati alla costruzione di un corretto assetto organizzativo
- Le priorità di sviluppo ICT in sanità devono accompagnare un percorso di revisione dei processi e dimostrare risultati, trasferibilità, ritorno investimento in tempi medio/brevi
- Attenzione alle seduzioni del mercato

- **Lo sviluppo dell'ICT nelle aziende dovrebbe seguire queste priorità**
 - I. Completezza dei sistemi 'basic' per tracciabilità 'on line', in grado di alimentare sistemi di governo
 - II. Interventi nelle aree dove è possibile/necessario operare forte BPR (radiologie, laboratori, chirurgie, approvvigionamenti)
 - III. Adozione di metodi HTA, in particolare per introduzione cartella clinica elettronica
- **Lo sviluppo ICT nelle regioni dovrebbe seguire queste priorità**
 - I. Sviluppo di sistemi di governo in grado di leggere i fenomeni in tempo utile e misurare la capacità di intervento
 - II. Garantire tracciabilità informazione (individuo-prest-erogatore-prescrittore) per tutti i LEA, integrandoli con il sociale
 - III. Progetti FSE solo in presenza di
 - Capacità programmatoria regionale/aziendali su reti di patologia
 - una visione unitaria (sistemi di governo, gestione del paziente e cronicità)
 - di una infratstruttura tecnologica abilitante

- **La telemedicina non è un LEA!**

- I. Sorveglianza e assistenza, ospedalizzazione domiciliare sono prestazioni che vanno meglio classificate e uniformate, individuando per ciascuna di essi, criteri di arruolamento, standard assistenziali, tariffe
- II. E'opportuno che questa fase di consolidamento nella definizione dei contenuti di queste prestazioni avvenga 'dal basso', portando a sistema esperienze attive
- III. L'ICT offre già soluzioni per operare: va invece approfondito il livello organizzativo (centrali operative, attori, organizzazione)
- IV. A regime le applicazioni di telemedicina dovranno consolidarsi ed essere una componente applicativa/funzionale dell'infrastruttura del 'sistema sanitario on line)